

## ■ ORIGINAL

# Preferencias de formación continua en farmacéuticos comunitarios de la provincia de Badajoz.

*Badajoz community pharmacist preferences for continuing education***Aguas Y<sup>1</sup>, Fernandez-Llimos F<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Doctora en Farmacia. Coordinadora del Centro de Información sobre Medicamentos del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Badajoz. Badajoz, España.

<sup>2</sup>Doctor en Farmacia. Profesor Auxiliar. Departamento de Farmacia Social, Facultad de Farmacia, Universidad de Lisboa. Lisboa, Portugal.

**RESUMEN**

La formación continua es un deber ético y una obligación legal de los farmacéuticos comunitarios para mantener sus competencias actualizadas.

**Objetivos:** Identificar las preferencias de los farmacéuticos de la provincia de Badajoz en cuanto a las actividades de formación continuada, tomando como marco referencial una encuesta nacional de 1992.

**Métodos:** Estudio transversal realizado entre julio y noviembre de 2014, mediante una encuesta a una muestra aleatoriamente seleccionada (por generación de números aleatorios) de farmacéuticos propietarios (n=200) y farmacéuticos adjuntos (n=88) en ejercicio en la provincia de Badajoz. Se utilizó como marco referencial la encuesta de Martínez Romero y colaboradores de 1992.

**Resultados:** Se obtuvo una tasa de respuesta del 99,3%. La mayoría de los encuestados (50,4%) no considera tener la suficiente formación y el 95,9% asistiría a una formación si fuese de su agrado. Un 58,3% se posicionó a favor de la obligatoriedad de la formación para el ejercicio profesional. El viernes fue el día con más adeptos, pero no hubo un patrón de horario preferido. Los Colegios Oficiales continúan siendo la entidad que se considera como idónea para organizar la formación (31,7%), mientras que la credibilidad de la Universidad para este cometido ha descendido drásticamente (del 33% al 3%).

**Conclusiones:** Los farmacéuticos comunitarios continúan considerando necesaria la formación continuada y mayoritariamente aprueban su obligatoriedad. No hay patrones de preferencias en cuanto a horarios y días para las actividades, y no hay grandes diferencias entre las preferencias de farmacéuticos propietarios y adjuntos.

**Palabras clave:** Formación continuada en Farmacia; Farmacéuticos; Actitud del Personal Sanitario; España

**Fecha de recepción:** 07/01/15 **Fecha aceptación:** 10/03/15

**Correspondencia:** Aguas Yolanda  
**Correo electrónico:** yolandaaguas@redfarma.org

## ABSTRACT

Continuing education is an ethical duty and a legal requirement of community pharmacists to keep their competencies updated.

**Objective:** To identify the preferences of community pharmacists from Badajoz province regarding the continuing education activities, using a 1992 National survey as a referential framework.

**Methods:** Cross-sectional study performed between July and November 2014, by means of a survey to a randomized (list of numbers randomly generated) selected sample of owner pharmacists (n=200) and staff pharmacists (n=88) practicing in Badajoz province. As a referential framework, the 1992 Martinez Romero et al. survey was used.

**Results:** A 99.3% response rate was obtained. The majority of respondents (50,4%) consider not having sufficient education and 95.9% would attend an educational activity if it seem interesting. 58.3% positioned in favor of a mandatory continuing training to practice. Friday appeared as the preferred day, but no common patterns appeared for a preferred timing. Official Pharmacists Associations keep being the ideal entity to organize the continuing education (31.7%), while University reliability for this task has drastically decreased (from 33% to 3%).

**Conclusion:** Community pharmacists persist considering continuing education as necessary and mostly support their obligatoriness. No common patters regarding preferred timing and day of the week to set the activities. No big differences exist among owners and staff pharmacists.

**Keywords:** Education, Pharmacy, Continuing; Pharmacists; Attitude of Health Personnel; Spain

## Introducción

La formación continua ha sido incluida entre las obligaciones éticas de un farmacéutico[1]. Las Buenas Prácticas de Farmacia recogen la formación continua como una de las cuatro grandes funciones de las organizaciones nacionales farmacéuticas[2]. La legislación española no deja duda, utilizando el término “realizarán” como forma de imponer la obligación de realizar formación continua en las profesiones sanitarias[3]. Esta misma disposición legal define la formación continua en el ámbito de las profesiones sanitarias como “La formación continuada es el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios...”. Sin embargo, se sabe que la práctica de la formación continua está por debajo de los valores deseables[4]. Aunque este problema es transversal a varias áreas de las ciencias de la salud[5], puede que sea más acuciante en el campo farmacéutico.

Son muchas las opciones metodológicas de formación continua, y todas ellas han demostrado diferentes efectos y diferente aceptación por los profesionales. Las sesiones tradicionales con acceso a material escrito, que permite trabajo posterior en casa, son el método tradicional que ha demostrado sus efectos a lo largo del tiempo[6,7]. Los talleres de trabajo también demostraron su eficacia hace ya bastantes años[8,9]. Los pequeños grupos de trabajo,

mediante estrategias de auto-formación guiada son una de las estrategias que más éxito ha demostrado[10]. Y como no, la utilización de formación a distancia, usando todo tipo de canales de comunicación como radio[11], teleconferencias[12], videoconferencias[13], o Internet[14]. En España, los Centros de Información sobre Medicamentos en general[15], y el de Badajoz en particular[16], han demostrado jugar un papel relevante en la organización de todas estas actividades de formación continua.

La realización de encuestas para conocer las actitudes de los farmacéuticos ante la formación continua y sus necesidades percibidas es una práctica habitual tanto en países desarrollados[17,18] como en menos desarrollados[19]. España no ha sido ajena a este proceso de indagación de preferencias formativas. Aunque se han venido realizando estudios en las diversas áreas de ejercicio profesional, hospitalario[20] o comunitario[21], fue en este último ámbito donde se realizó uno de los estudios pioneros[22,23]. Martínez Romero realizó en 1992, y como uno de los capítulos de una tesis doctoral, una encuesta que pretendía “pulsar la opinión de los profesionales farmacéuticos sobre lo que sería para ellos una buena formación continua”[24]. Entre sus conclusiones cabe destacar la propuesta de una “Comisión de Formación Continuada” que debería prestar “especial interés a la evaluación de la calidad y a los aspectos formativos integrales”. Tardo aún cuatro años más en crearse esa comisión bajo los auspicios del Ministerio de Sanidad[25]. Tras más de 20 años, parece conveniente reactualizar los resultados de aquella encuesta y analizar las posibles evoluciones de las preferencias en formación continuada de los farmacéuticos comunitarios.

El objetivo del presente estudio fue identificar las preferencias de los farmacéuticos de la provincia de Badajoz en cuanto a las actividades de formación continuada, tomando como marco referencial una encuesta nacional de 1992.

## MÉTODOS

### Selección de la muestra

Se solicitó al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Badajoz (COF-BA) los listados de oficinas de farmacia y de farmacéuticos adjuntos, el primero con 382 farmacias (un total de 429 propietarios) y el segundo con 199 farmacéuticos. Ambas listas se ordenaron alfabéticamente y se numeraron independientemente.

Para calcular el tamaño de la muestra de farmacéuticos propietarios a entrevistar, se realizó un estudio piloto a 10 propietarios (los múltiplos de 38 en la lista). En ese piloto se realizaron dos preguntas telefónicamente: “Has participado en alguna actividad del Colegio o del Consejo en los últimos 5 años? (40% respondió afirmativamente); y en los últimos 2 años? (30% respondió afirmativamente). Se determinó el tamaño mínimo muestral mediante la fórmula:

$$n = \frac{N * Z(1 - \alpha)^2 * p * (1 - p)}{d^2 * (N - 1) + Z(1 - \alpha)^2 * p * (1 - p)}$$

Donde n es el tamaño mínimo muestral, N el tamaño de la población,  $\alpha$  el error alfa aceptable, p la prevalencia de la formación. Los resultados para las prevalencias del piloto eran de 188 y de 176, respectivamente. Se eligió la opción más conservadora y, en prevención de posibles recusas y de números de farmacias inexistentes, se aumentó el tamaño de la muestra a 200 propietarios. Para los farmacéuticos adjuntos se obvió el estudio piloto estimándose, por analogía con los propietarios, un 40% de individuos, resultando en 80 farmacéuticos adjuntos a ser entrevistados, a los que se adicionó un 10% en exceso.

## Encuesta

Se tomó como punto de partida la encuesta realizada por Martínez Romero et al. en 1992 [22], tratando de producir el menor número posible de alteraciones. Con el objetivo de diseñar los planes futuros de formación continuada del COF-BA, se añadieron una pregunta adicional, así como dos bloques de detalle a la pregunta sobre las preferencias de horarios para la formación. El resultado fue un cuestionario de 10 preguntas, a las que se adicionaron los datos demográficos disponibles en el fichero del COF-BA.

Para asegurar la validez aparente del instrumento, se realizó una prueba piloto con 4 farmacéuticos que no habían sido seleccionados en la lista de números aleatorios. Se les administró la encuesta y se vio donde aparecían dudas o puntos que precisaban aclaración. Después de hacer las modificaciones necesarias, se volvió a administrar a otros tres farmacéuticos que tampoco estaban en la lista de seleccionados para comprobar que se habían corregido las limitaciones anteriores.

Para administrar telefónicamente la encuesta, se acordó un hora con los encuestados. Si los participantes aceptaban responder en esa primera llamada se procedía inmediatamente. La llamada comenzaba con una explicación de los objetivos de la encuesta y se daba la opción de declinar la participación, o de elegir otro momento para responder. Las preguntas de la encuesta fueron realizadas siempre por un mismo investigador (Y.A.) y no se daban explicaciones adicionales al texto de las preguntas. La encuesta fue administrada entre julio y octubre de 2014.

## **Análisis de datos**

Se recogieron los datos sobre un formulario MS Excel y se exportaron al SPSS v.20 para su tratamiento. Se realizó estadística descriptiva con presentación de medidas de tendencia central y de dispersión para las variables continuas, y de frecuencias para las categóricas.

Dado la suficiente amplitud de la muestra, se prefirió el uso de pruebas paramétricas, considerando que en estas condiciones son suficientemente robustas a la quiebra del requisito de normalidad, caso que existiese. Por ello, se realizó un análisis bivariado mediante pruebas chi-cuadrado para probar la asociación entre variables categóricas y mediante t-test para la comparación de medias en variables continuas entre dos grupos y ANOVA con análisis post-hoc de Bonferroni para comparación de medias entre más de dos grupos. Para determinar la asociación de algunos factores con algunas de las variables se realizaron análisis multivariados mediante regresiones logísticas. Para todas las pruebas se estableció un nivel de significación del 5%.

## **RESULTADOS**

Se obtuvo respuesta a la encuesta de los 198 propietarios de farmacia, 2 de los códigos obtenidos en la aleatorización no se correspondían con ninguna farmacia (tasa de respuesta 100%) y de 86 de los 88 farmacéuticos adjuntos (tasa de respuesta 97,7%), conformando una tasa de respuesta global del 99,3%. Los dos adjuntos que no respondieron fueron por baja por enfermedad y jubilación reciente. La edad media de los 284 farmacéuticos entrevistados fue de 45,6 años (DE=16,4), siendo 183 mujeres (el 64,4%). No existía diferencia entre el género de los encuestados y la totalidad de colegiados ( $p=0,771$ ), y sí una diferencia estadística, aunque sin relevancia práctica, tanto en la edad de ambos grupos ( $p=2,12 \cdot 10^{-4}$ ) con 45,6 años (DE=10,6) en los entrevistados y 49,5 (DE=16,4) en el resto, como en la antigüedad de colegiación ( $p=6,19 \cdot 10^{-3}$ ) con 17,9 años (DE=10,4) en los entrevistados y 20,7 años (DE=15,8) en el resto.

La tabla 1 presenta los resultados de las 8 preguntas idénticas a las de la encuesta de 1992, indicando también los valores que se obtuvieron en aquella.

	Total N (%)	Propietarios N (%)	Adjuntos N (%)	P (chi-cuadrado)	Martinez Romero et al.[22]
¿Crees que tienes suficiente formación para realizar todas las tareas diarias de tu práctica profesional?* (n=284)					
Si	141 (49,6%)	108 (54,5%)	33 (38,4%)	0,012	41,36%
¿Quién debería responsabilizarse de la organización de la formación continuada? (n=284)					
Universidad	9 (3,2%)	6 (3,0%)	3 (3,5%)	0,188	32,96%
Colegios profesionales	90 (31,7%)	67 (33,8%)	23 (26,7%)		35,75%
Administración	2 (0,7%)	2 (1,0%)	0 (0%)		2,98
Conjuntamente	140 (49,3%)	89 (44,9%)	51 (59,3%)		13,41%
Lo de menos es quien lo organice	43 (15,1%)	34 (17,2%)	9 (10,5%)		13,59%
Distribución	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)		1,30%
¿Con qué frecuencia crees que deberían organizarse cursos de formación continuada? (n=279)					
Mensual	39 (14,0%)	18 (9,3%)	21 (24,4%)	0,009	20,53%
Trimestral	84 (30,1%)	61 (31,6%)	23 (26,7%)		27,88%
Semestral	83 (29,7%)	59 (30,6%)	24 (27,9%)		22,22%
Anual	73 (26,2%)	55 (28,5%)	18 (20,9%)		29,38%

¿Crees que la parte presencial debería organizarse... (n=284)					
En días y horas de trabajo	104 (36,6%)	84 (42,4%)	20 (23,3%)	0,015	15,60%
En días de trabajo pero fuera de horas de trabajo	66 (23,2%)	41 (20,7%)	25 (29,1%)		37,81%
Fin de semana	64 (22,5%)	44 (22,2%)	20 (23,3%)		29,30%
Sólo sábados	37 (13,0%)	23 (11,6%)	14 (16,3%)		13,04%
Otras opciones	13 (4,6%)	6 (3,0%)	7 (8,1%)		3,97%
¿Qué te parecería que la formación continuada fuese obligatoria para poder ejercer, por ejemplo exigiendo un número de créditos? (n=283)					
Sería lo normal	64 (22,6%)	43 (21,8%)	21 (24,4%)	0,137	28,95%
Me gustaría	101 (35,7%)	65 (33,0%)	36 (41,9%)		25,19%
Me es indiferente	28 (9,9%)	18 (9,1%)	10 (11,6%)		13,90%
No me gustaría	90 (31,8%)	71 (36,0%)	19 (22,1%)		31,95%
Si fuese obligatoria, cuántas horas crees que serían suficientes (n=273)					
10 a 20 horas/año	98 (35,9%)	71 (38,0%)	27 (31,4%)	0,198	36,74%
20 a 30 horas/año	105 (38,5%)	74 (39,6%)	31 (36,0%)		43,42%
Más de 30 horas/año	70 (25,6%)	42 (22,5%)	28 (32,6%)		19,83%

¿Cómo crees que debería financiarse la formación continuada? (n=283)					
A través de la administración	79 (27,9%)	51 (25,9%)	28 (32,6%)	0,103	25,80%
Por parte de los participantes	14 (4,9%)	13 (6,6%)	1 (1,2%)		10,54%
Un sistema mixto: administración, participantes, subvenciones	190 (67,1%)	133 (67,5%)	57 (66,3%)		63,65%
¿Si el programa de formación continuada que te propusiesen fuera de tu agrado total en cuanto a contenido y tiempo, participarías? (n=271)					
Si	260 (95,9%)	180 (95,7%)	80 (96,4%)	0,805	86,84%

**Tabla 1. Resultados de la encuesta a farmacéuticos de la provincia de Badajoz, en comparación a los resultados de la encuesta nacional de Martínez Romero et al. (1992)**



La tabla 2 recoge las respuestas a la petición de indicar cuales son los días y los horarios preferidos para asistir a una formación (se aceptaba más de una respuesta de cada bloque).

Día de la semana (n=284)	Total N (%) <sup>*</sup>	Propietario N (%) <sup>*</sup>	Adjunto N (%) <sup>*</sup>	P (chi-cuadrado)
Lunes	167 (58,8%)	120 (60,6%)	47 (54,7%)	0,349
Martes	171 (60,2%)	124 (62,6%)	47 (54,7%)	0,207
Miércoles	170 (59,9%)	123 (62,1%)	47 (54,7%)	0,238
Jueves	172 (60,6%)	125 (63,1%)	47 (54,7%)	0,179
Viernes	226 (79,6%)	159 (80,3%)	67 (77,9%)	0,645
Sábado	107 (37,7%)	69 (34,8%)	38 (44,2%)	0,136
Domingo	4 (1,4%)	1 (0,5%)	3 (3,5%)	0,05
Franja horaria	N (%) <sup>*</sup>			
Horario de mañana	32 (11,3%)	21 (10,6)	11 (12,8%)	0,593
Horario de mediodía	49 (17,3%)	28 (14,1%)	21 (24,4%)	0,035
Horario de tarde	154 (54,2%)	120 (60,6%)	34 (39,5%)	0,001
Horario de noche	42 (14,8%)	24 (12,1%)	18 (20,9%)	0,055
Sólo días festivos	1 (0,4%)	1 (0,5%)	0 (0%)	0,509
Ninguna actividad presencial	4 (1,4%)	1 (0,5%)	3 (3,5%)	0,05
* Se aceptaba respuesta múltiple, por lo que los porcentajes no totalizan 100%.				

**Tabla 2. Detalle de las preferencias de los farmacéuticos encuestados sobre día y horario para la realización de la formación continuada.**

La tabla 3 muestra las medias de las puntuaciones que asignaron los encuestados en función de la relevancia de cada uno de los temas de posibles cursos de formación continuada. Las tres tablas anteriores recogen también los resultados del análisis bivariado teniendo en cuenta las diferentes opiniones de farmacéuticos propietarios y adjuntos.

	Total Media (DE)	Propietario Media (DE)	Adjunto Media (DE)	P (t-test)
Hipertensión arterial	7,5 (2,1)	7,3 (2,2)	8,2 (1,8)	0,001
Diabetes	7,9 (2,0)	7,6 (2,2)	8,5 (1,4)	0,001
Obesidad	7,5 (2,1)	7,3 (2,2)	7,9 (1,7)	0,022
Depresión	7,7 (2,0)	7,4 (2,1)	8,3 (1,5)	0,001
Dislipidemia	7,2 (2,0)	7,0 (2,1)	7,8 (1,8)	0,032
Comunicación con el paciente	7,5 (2,3)	7,3 (2,3)	8,0 (2,0)	0,022
Interpretación de análisis clínicos	7,4 (2,2)	7,3 (2,3)	7,7 (1,8)	0,117
Diseño de investigación	5,5 (2,4)	5,2 (2,4)	6,3 (2,2)	<0,001
Inglés sanitario	5,7 (2,8)	5,2 (2,9)	6,9 (2,3)	<0,001
Búsqueda bibliográfica	5,7 (2,2)	5,5 (2,3)	6,2 (2,0)	0,015
Gestión	7,7 (2,1)	7,5 (2,1)	7,9 (2,0)	0,16
Contabilidad	7,3 (2,3)	7,2 (2,4)	7,6 (2,2)	0,227

**Tabla 3. Media de la puntuación atribuida (de cero a 10) por los farmacéuticos a diferentes temas susceptibles de formación continuada.**

En relación a la creencia de tener suficiente formación para el ejercicio de la profesión, se encontró que los hombres están significativamente ( $p=0,015$ ) más confiados en su conocimiento que las mujeres (59,4% contra 44,3%, respectivamente). También aparecen diferencias significativas, aunque no muy relevantes, entre los dos grupos en relación a la edad ( $p=0,009$ ), con los una edad menor en el grupo de menos confiados (44,0; DE=10,8) que en el

de confiados (47,2; DE=10,2). Semejante situación existe en relación a la antigüedad de colegiación ( $p=0,002$ ), con una antigüedad de 16,1 (DE=10,6) para los menos confiados y de 19,8 (DE=9,9) para los más confiados en sus conocimientos. Otras variables como habitantes de la localidad donde ejercen o distancia de esa localidad a la sede del Colegio, no se distribuyen de modo diferente entre estos dos grupos ( $p=0,117$  y  $p=0,165$ , respectivamente). En un análisis multivariado, la única variable que mantuvo su asociación significativa ( $p=0,034$ ) fue la edad con un  $OR=1,025$  ( $IC95\%=1,002:1,049$ ).

En cuanto a opinión sobre la frecuencia con que deberían realizarse las actividades de formación continuada, no se encontró diferencia entre los hombres y mujeres ( $p=0,083$ ), ni en cuanto a la confianza en su formación actual ( $p=0,324$ ). Sí se encontró diferencia ( $p<0,001$ ) entre la edad media de los grupos que respondieron a cada una de las posibles frecuencias (en años): 39,4 (DE=11,7) prefieren mensual, 43,4 (DE=10,1) trimestral, 46,2 (DE=9,7) semestral, y 50,8 (DE=9,3) anual. Los análisis de Bonferroni permitieron identificar diferencias entre mensual y semestral ( $p=0,003$ ) o anual ( $p<0,001$ ), trimestral y anual ( $p<0,001$ ), y entre semestral y anual ( $p=0,029$ ).

En un análisis similar pudo encontrarse diferencia en la distribución del tamaño de la localidad donde ejercen y las preferencias de frecuencia de actividades formativas ( $p=0,006$ ), con valores en número de habitantes de la localidad de 78.598 (DE=71.860) prefieren mensual, 44.167 (DE=59.693) trimestral, 49.682 (DE=62.673) semestral, y 36.538 (DE=53.427) anual. Los análisis de Bonferroni permitieron identificar diferencias entre mensual y trimestral ( $p=0,023$ ) o anual ( $p=0,003$ ).

Igualmente se encontró diferencia ( $p<0,001$ ) en la distribución de las distancias a la sede Colegial y los grupos de frecuencias deseadas de las actividades, con valores en kilómetros de distancia de 31,8 (DE=34,9) para los que prefieren mensual, 75,1 (DE=58,3) trimestral, 66,8 (DE=54,6) semestral, y 74,1 (DE=52,5) anual. Los análisis de Bonferroni permitieron identificar diferencias entre mensual y trimestral ( $p<0,001$ ), o semestral ( $p=0,004$ ) o anual ( $p<0,001$ ).

No se encontró diferencia en la creencia en la obligatoriedad de la formación continuada entre géneros ( $p=0,420$ ), ni en cuanto a la confianza en sus conocimientos actuales ( $p=0,077$ ), ni en cuanto a la edad ( $p=0,548$ ), ni a la antigüedad de colegiación ( $p=0,530$ ), ni al tamaño de la localidad de ejercicio ( $p=0,314$ ), ni tampoco a la distancia a la sede Colegial ( $p=0,434$ ).

Tampoco apareció asociación entre el número de horas de formación por año, caso fuese obligatoria, con el género del encuestado ( $p=0,545$ ), ni con la edad ( $p=0,244$ ) o la antigüedad de colegiación ( $p=0,120$ ), ni el tamaño de la localidad de ejercicio ( $p=0,567$ ) o la distancia a la sede colegial ( $p=0,769$ ).

## DISCUSIÓN

El presente estudio encontró que, al igual que hace 22 años, las preferencias sobre formación continuada de los farmacéuticos no tienen patrones muy marcados, produciéndose dispersiones muy heterogéneas que no permiten establecer programas de formación que satisfagan a una gran mayoría.

Algunos de los cambios que se aprecian con respecto a la encuesta de 1992 no son muy positivos. Por ejemplo, se reduce el porcentaje de farmacéuticos que desean formación mensual del 20% al 14%. Se reduce también el porcentaje de personas que está dispuesta a sacrificar horarios post-laborales en actividades formativas (del 38% a 23%), aumentando el de los que desean que estas sean en horario laboral (del 16% a 37%). Y también se reduce la proporción de los encuestados que creen que el propio farmacéutico debe sufragar sus actividades de formación (del 11% al 5%).

No menos preocupante es el descrédito que parece sufrir la institución universitaria, que pasa de ser el responsable deseado para la organización de la formación continuada en cerca del 33% en 1992 a apenas un 3% en el estudio actual.

En contra de lo que podría esperarse, los patrones de preferencias de los farmacéuticos adjuntos y de los propietarios son muy semejantes. Se diferencian apenas en algunas preferencias diferenciadas de horarios, debidas probablemente a la mayor facilidad de los propietarios a disponer de las tardes libres para dedicarlas a actividades formativas. Para ambos grupos, los días de semana, y en especial el viernes, se postulan como los días preferidos para asistir a actividades. La apetencia por actividades en fines de semana se reduce, ligeramente en los sábados, y drásticamente en los domingos.

La distancia a la sede colegial se establece como un factor diferenciador en cuanto a la frecuencia deseada de actividades formativas. Los que prefieren actividades más frecuentes trabajan más cerca de la sede colegial. Puede que las soluciones basadas en formación a distancia ayuden a resolver esta barrera de la distancia[14,26]. Aunque algunos estudios han evaluado un bajo impacto de esa formación en la práctica asistencial[13]. En la asociación encontrada con el tamaño de la localidad de ejercicio puede haber un factor de confusión, que desaparece en los análisis multivariados, ya que la mayor localidad es también la de la sede colegial. La proximidad a dicha sede podría explicar la asociación, probablemente mejor que el tamaño.

Parece que la edad es uno de los pocos factores que influyen en las preferencias sobre formación continuada. No sólo los mayores se sienten más formados, como también demuestran tienen menor disposición a realizar esfuerzos

para formarse. Parece que Administración o las instituciones profesionales deberían asegurarse de que el concepto de life-long learning [aprendiz de por vida], como una de las siete estrellas del Farmaceutico 7-estrellas de la Organización Mundial de la Salud, debería mantenerse independientemente de la edad del farmacéutico[27].

El presente estudio tenía un segundo objetivo no declarado: replicar una de las investigaciones pioneras en España en el campo de la farmacia práctica. No cabe duda que los más de 20 años transcurridos desde su ejecución inicial han cambiado las condiciones del investigador mucho más de lo que han cambiado las opiniones de los farmacéuticos sobre su formación continuada. Aquel trabajo fue realizado sin instrumentos que hoy consideramos rutinarios. Basta con ver el documento original de la tesis doctoral a que dio origen, escrita usando letra no escalar, sin más artificios tipográficos que el uso de algunas negritas, y con un diseño de tablas que hoy parece prehistórico, para entender las dificultades adicionales de aquella época. El presente estudio fue realizado usando MS Word como procesador de textos, MS Excel como formulario de recogida de datos, SPSS como aplicación para cálculos estadísticos y gráficos, y EndNote como gestor de referencias bibliográficas, todos ellos sobre una plataforma MS Windows. Ninguna de estas aplicaciones y plataformas existían en el año de realización del trabajo replicado. El mero tratamiento de las 272 referencias bibliográficas de la obra original parece hoy una tarea imposible sin estas facilidades.

Pero aparte de los avances tecnológicos, debería encuadrarse el trabajo original en un marco temporal. El año 1992 transcurría solo un año y medio después de la publicación del famoso “Opportunities” de Hepler y Strand, y más importante un año antes de la Declaración de Tokio sobre el papel del Farmacéutico en el sistema de salud, dos años antes de la creación de la Red Europea de Atención Farmacéutica [Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE)] o tres años antes de la primera conferencia sobre Atención Farmacéutica en España. Si no hubiese sido porque las cuatro publicaciones resultantes de este estudio fueron publicadas en revistas nacionales, esté sería hoy un trabajo de referencia internacional. Todo esto fue posible porque en aquella época ya había algunas, varias pero pocas, facultades de farmacia que crearon unas mínimas estructuras que hacían posible la investigación en farmacia práctica. Este es, tal vez, otro de los puntos en los que no se ha avanzado en España al ritmo deseable.

## CONCLUSIÓN

La mayoría de los farmacéuticos siente necesidad de más formación continua para ejercer su profesión, y la práctica totalidad afirma que asistiría a una actividad de formación si fuese de su agrado. También una mayoría cree en un sistema de formación continuado obligatorio para el ejercicio profesional. No existe un patrón claro de preferencias en cuanto a días y horarios para la realización de las actividades de formación, ni tampoco en cuanto al número de horas anuales que deberían ser necesarias. No se aprecian grandes diferencias entre las preferencias de farmacéuticos propietarios y farmacéuticos adjuntos en cuanto a la formación continua. Apenas han cambiado los patrones de

respuesta en los últimos 20 años aunque se aprecia un ligero deterioro, especialmente acusado en el papel que se le asigna a la Universidad como organizador de la formación continua.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a los farmacéuticos que respondieron la encuesta, así como al personal y Junta del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Badajoz que ha hecho posible la realización del presente trabajo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. International Pharmaceutical Federation. FIP Statement of Professional Standards: Code of Ethics for Pharmacists. The Hague: FIP; 1997.
2. Directrices conjuntas FIP/OMS sobre Buenas Prácticas en Farmacia: estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos. The Hague: FIP; 2011.
3. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE. 2003(280):41442-58.
4. Hanson AL, Bruskiwitz RH, Demuth JE. Pharmacists' perceptions of facilitators and barriers to lifelong learning. Am J Pharm Educ. 2007 Aug 15;71(4):67.
5. Pitts J, Vincent S. General practitioners' reasons for not attending a higher professional education course. Br J Gen Pract. 1994 Jun;44(383):271-3.
6. Savela E, Enlund H, Kostiaainen E. In-house training as part of an activity campaign in Finish pharmacies. J Cont Educ Health Professions. 1997;17:56-61.
7. Scott VG, Amonkar MM, Madhavan SS. Pharmacists' preferences for continuing education and certificate programs. Ann Pharmacother. 2001 Mar;35(3):289-99.
8. Sinclair HK, Bond CM, Lennox AS, Silcock J, Winfield AJ. An evaluation of a training workshop for pharmacists based on the stages of change model for smoking cessation. Health Educ J. 1997;56:296-312.
9. Thomson O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolf F, Davis DA, Herrin J. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2001(2):CD003030.
10. Cunningham DE, Zlotos L, Power A. Scottish pharmacists' perceptions and experiences of a practice-based small group learning pilot: a qualitative study. Educ Prim Care. 2014 May;25(3):155-62.
11. Savela E, Enlund H. Public radio as a means of continuing education in pharmacy. Am J Pharm Educ. 1996;60:374-7.
12. Savela E, Lijia J, Enlund H. Continuing education by teleconference to remote areas. J Social Admin Pharm. 1996;13(3):159-66.
13. Dualde E, Faus MJ, Santonja FJ, Fernandez-Llimos F. Effectiveness of a videoconference training course on implementing pharmacy services. Pharm World Sci. 2009 Dec;31(6):638-42.
14. Loza MI, Cordero L, Fernandez-Llimos F, Cadavid MI, Calleja JM, Sanz F. El proyecto TESEMED: aprender en las farmacias comunitarias utilizando la telemática. Pharm Care Esp. 2000;2(6):440-3.
15. Del Arco J. Análisis de la situación de los centros de información de medicamentos extra-hospitalarios en España. Vitoria: Universidad del País Vasco; 2006.
16. Aguas Y, De Miguel E, Fernandez-Llimos F. El seguimiento farmacoterapéutico como innovación en las farmacias comunitarias de Badajoz (España). Seguimiento Farmacoterapeutico. 2005;3(1):10-6.

17. Richards W, Blank JW. Need analysis of practicing pharmacist in drug utilization review and patient counselling. *Am J Pharm Educ.* 1997;61(1):26-33.
18. Driesen A, Leemans L, Baert H, Laekeman G. Flemish community pharmacists' motivation and views related to continuing education. *Pharm World Sci.* 2005 Dec;27(6):447-52.
19. Mohamed Ibrahim OH. Assessment of Egyptian pharmacists' attitude, behaviors, and preferences related to continuing education. *Int J Clin Pharm.* 2012 Apr;34(2):358-63.
20. Arias-Rico R. [Application of joint analysis to ongoing training of pharmacy personnel]. *Farm Hosp.* 2010 Jul-Aug;34(4):181-7.
21. Cordero L, Cadavid MI, Fernandez-Llimos F, Díaz C, Sanz F, Loza MI. Continuing education and community pharmacists in Galicia: a study of opinions. *Pharm World Sci.* 2004 Jun;26(3):173-7.
22. Martínez Romero F, Faus MJ, González Carmona A. Encuesta sobre formación continuada del farmacéutico comunitario. *OFFARM.* 1993;12(10):58-61.
23. Martínez Romero F, Martínez Martínez F, Faus MJ. Situación de la formación continuada (FC) del farmacéutico comunitario en España. *Rev OFIL.* 1994;4(6):300-3.
24. Martínez Romero F. Formación Continuada en oficina de farmacia. Granada: Universidad de Granada; 1993.
25. Rodríguez Gómez MJ, Pallares Neila L. Creación y funcionamiento de la comisión de formación continuada de las profesiones sanitarias y de su sistema acreditador. *Educación Médica.* 2007;10(2):97-104.
26. Sanz F, Silveira C, Díaz C, Alonso A, Loza MI, Cordero L, et al. Information technology in community pharmacies for supporting responsible self-medication. *Am J Health Syst Pharm.* 2000 Sep 1;57(17):1601-3.
27. WHO Consultative Group. The role of the pharmacist in the health care system. Geneva: WHO; 1997.